

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Franck DUPUY

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien externe des Hôpitaux de Nantes

Né le 19 Janvier 1907, à Legé (Loire-Inférieure)

APPENDICITE MÉSOCŒLIAQUE

Président de Thèse : M. le Professeur DEBRÉ

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—
1933

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Franck DUPUY

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien externe des Hôpitaux de Nantes

Né le 19 Janvier 1907, à Legé (Loire-Inférieure)

APPENDICITE MÉSOCÆLIAQUE

Président de Thèse : M. le Professeur DEBRÉ

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1933

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... M. BALTHAZARD

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARCEL LABBÉ.
Clinique des maladies des enfants.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	LENORMANT.
	CUNEO.
Clinique ophtalmologique.....	GREGOIRE.
Clinique urologique.....	GOSSET.
	TERRIEN.
Clinique d'accouchements.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologie.....	BRINDEAU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEMAITRE.
Clinique propédeutique.....	PIERRE DUVAL.
Clinique de la Tuberculose.....	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LÉON BERNARD.
	MATHIEU.
Professeur sans chaire.....	HOVELACQUE.
	MAUCLAIRE.
	MILLON.
	VERNE.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie chirurgicale.....	BROCO.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pharmacologie	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	GIROUD.
Histologie	DE GAUDART D'ALLAINES.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELÈVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie	RICHEF Fils.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie médicale.....	VALLÉRY-RADOT.
Ophthalmologie	(Pasteur).
Obstétrique	VAUDESCAL.
Obstétrique	VELTER.
	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTNER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique médicale.....	ABRAMI.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DUVOIR.
Clinique chirurgicale.....	BASSET.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	PROUST.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale.....	LE LORIER.
Clinique obstétricale	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.
Clinique obstétricale.....	GUENIOT.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, profes- seur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A Monsieur le Professeur DEBRÉ

PROFESSEUR DE BACTÉRIOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

MÉDECIN DE L'HÔPITAL BEAUJON

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse. Hommages respec-
tueux et profonde reconnais-
sance pour l'accueil qu'il nous
a fait dans son service.*

A^r Monsieur le Docteur R.-Ch. MONOD

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

*Qui nous a prodigué ses conseils
et nous a permis de mener à
bien cette thèse. Avec l'hôm-
mage de notre respectueuse
reconnaissance.*

A NOS MAITRES DES HOPITAUX
ET DE L'ECOLE DE MEDECINE DE NANTES

AVANT-PROPOS

Parmi les formes obscures de l'appendicite, la forme mésocœliaque est peut-être la moins fréquente, en tout cas, la moins connue.

Ayant eu la bonne fortune d'observer plusieurs cas d'appendicite mésocœliaque, il nous a paru intéressant de reprendre à nouveau cette question et d'y apporter notre modeste contribution. C'est sous la direction de M. le Professeur Debré et avec les conseils de M. le Docteur R.-Ch. Monod que nous avons entrepris cette thèse. Qu'il nous soit permis de les remercier tous deux et qu'ils trouvent ici l'expression de notre reconnaissance.

HISTORIQUE

Le terme d'appendicite ou plus exactement d'abcès mésocœliaque fut employé pour la première fois, semble-t-il, par Gerster, qui dès 1890 décrivait cinq formes topographiques d'abcès appendiculaires :

1° Abcès ilio-inguinal, situé derrière la paroi abdominale, un peu au-dessus du pli de l'aîne.

2° Abcès antérieur qui repose sur la face antérieure du cœcum et évolue vers l'ombilic.

3° Abcès postérieur ou rétro-cœcal, qui se dirige vers la fosse lombaire et simule un abcès périnéphrétique.

4° Abcès rectal ou prérectal ou pelvien qui se développe dans le pelvis entre le rectum et la vessie ou le vagin autour d'un appendice plongeant dans le bassin.

5° Abcès *mésocœliaque* développé en dedans du cœcum et limité de tous côtés par des anses intestinales unies les unes aux autres par des adhérences.

Vautrin, en 1898, dans une étude des formes anormales de l'appendicite ne fait à la forme mésocœliaque qu'une allusion discrète.

Jalaguier, la même année, dans un article remarquable faisant aujourd'hui encore autorité, se contente de rappeler la classification de Gerster sans paraître avoir été lui-même aux prises avec les difficultés de diagnostic et de traitement si particulières à cette forme.

Ch. Monod et Vanverts étudiant en 1897 les formes anormales de l'appendicite signalent à propos de « l'appendicite interne » que les symptômes fonctionnels et physiques sont localisés dans la région de l'hypogastre et de l'ombilic.

Il faut arriver à Bérard et Vignard pour trouver un chapitre complet consacré à l'appendicite mésocœliaque dans lequel sont bien mis en relief les caractères anatomo-cliniques si spéciaux.

Lécène, étudiant dans son traité de thérapeutique chirurgicale les formes anormales de l'appendicite, dédaigne l'appendicite mésocœliaque et juge suffisante une courte mention de l'appendicite sous-hépatique, à gauche, herniaire. Mondor, dans son admirable livre « Diagnostics urgents » n'a garde d'imiter pareille réserve. Le chapitre est court mais hautement suggestif ; le problème posé tel qu'il doit l'être : « L'appendicite mésocœliaque, dit Mondor, est une des plus graves ; elle a un couvercle suffisant contre la bonne exploration clinique ; un couvercle insuffisant à limiter longtemps l'infection. L'appendice est sur la

ligne médiane haut ou bas de l'ombilic au promontoir. Quelques anses grêles sont au devant de lui, masquant le mal, ne l'enkystant que pour peu de temps avec de frêles barrières et exposées elles-mêmes par leur obstruction à superposer aux signes d'une appendicite assez profondément tapie, ceux d'une occlusion à fleur de peau. Il n'y a peut-être pas de diagnostic plus malaisé parmi les formes obscures de l'appendicite, ni de traitement plus complexe ». On ne saurait mieux dire et aucun texte ne nous fournirait de meilleure introduction.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Un court rappel d'anatomie normale éclaire l'étude de l'anatomie pathologique. Comme l'ont montré M. le Professeur Quenu et Heitz-Royer, le canal appendiculaire demeure chez l'adulte à l'extrémité du canal cœcal qui s'est seulement replié. La continuité des deux organes se fait comme chez le fœtus par un véritable entonnoir. C'est cette inflexion du cœcum et non les raisons invoquées par Trèves puis par Tuffier qui produit l'apparent report de l'implantation de l'appendice sur la face latérale ou postérieure du cœcum. Ce qui dans le langage courant est désigné sous le nom de « fond du cœcum » correspond en réalité au sommet de l'angle formé par les deux portions distinctes du cœcum, l'une verticale, l'autre descendante, horizontale ou ascendante. Le cœcum en effet n'est pas une ampoule mais un canal infléchi et composé comme l'estomac de deux portions formant un angle, dont l'ouverture est variable.

Le degré d'ouverture de l'angle présente des variations que Quenu et Heitz-Boyer ont ramené aux trois types suivants :

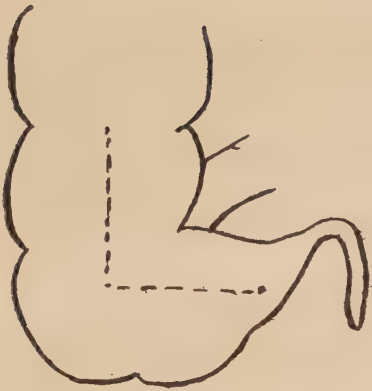


Fig. I

Implantation latéro-cœcale de l'appendice. Inflexion à angle droit des deux portions du cœcum.

(D'après Quénu et Heitz-Boyer)



Fig. II

Implantation sous-cœcale de l'appendice

(D'après Quénu et Heitz-Boyer)

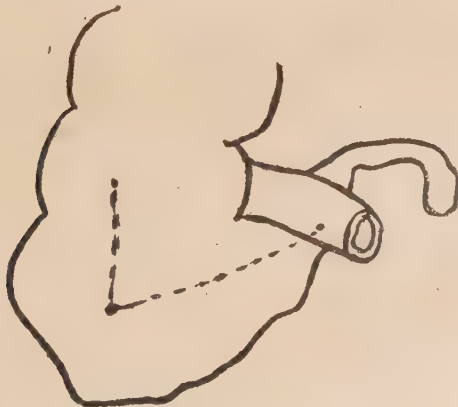


Fig. III

Implantation rétro-cœcale de l'appendice

(D'après Quénu et Heitz-Boyer)

1° Type normal classique où l'angle formé est droit (appendice naissant à 1 ou 2 cent. de l'iléon), fig. 1.

2° Type atténué où l'angle toujours supérieur à 90° est plus ou moins obtus : appendice naissant bas (fig. 2).

3° Type exagéré où l'angle est aigu (fig. 3) ; la deuxième portion du cœcum passe tantôt devant, tantôt derrière la partie terminale de l'iléon — variété pré-iléale ou rétro-iléale. Chacune d'elles pouvant présenter un des deux degrés : para-iléale (appendice naissant au niveau du grêle) ; sur-iléale (appendice naissant au-dessus du grêle).

Cette troisième situation mériterait que les anatomistes lui donnent le nom de mésocœliaque et l'on devine aussitôt que de la situation pré ou rétro-iléale dérive une évolution pathologique fort différente. Quénu et Heitz-Boyer ont retenu de leurs études que la situation pré-iléale est la plus rare ; les faits pathologiques nous indiqueront à penser qu'elle est la plus fréquente. L'appendice mésocœliaque surpris par l'infection en position pré-iléale menace dangereusement la cavité péritonéale. Seules les anses grêles, l'épiploon, peuvent par des adhérences limiter l'infection ; et l'on pourra voir les abcès juxta-iléaux rétro-ombilicaux de la cavité de Retzius ou même pariétaux.

En position rétro-iléale l'appendice se cache derrière le péritoine pariétal, à moins qu'il ne s'insinue entre les deux feuillets du mésentère.

A. — *Appendice mésocœliaque pré-iléal.*

Cette position de l'appendice, nous venons de le voir, expose plus avec tout autre à la péritonite généralisée, mais celle-ci n'est pas obligatoire et un abcès peut se localiser soit dans la cavité péritonéale, soit dans la paroi abdominale.

La péritonite aiguë est ici d'autant plus dangereuse qu'elle s'accompagne avec une réelle fréquence d'occlusion aiguë mi-mécanique, mi-paralytique. Dans ces formes occlusives d'emblée, l'appendice passant devant l'iléon peut s'enrouler autour de cette anse grêle et exercer une véritable striction, comme dans l'observation de Von Méyer ou celle de Gillespie, pour ne citer que les plus typiques. Mais à parcourir les nombreuses observations d'appendicites mésocœliaques avec occlusion, on ne tarde pas à se convaincre avec toujours l'appendice plus ou moins enflammé et la péritonite plus ou moins étendue ajoutent une cause importante à l'élément purement mécanique.

La péritonite localisée, sûrement moins fréquente, s'observe dans les cas heureux où l'épiploon et les anses grêles agglutinés élèvent autour du foyer initial une barrière fragile mais efficace, au moins dans les premières heures. Tel est l'exemple cité par Bérard où l'incision conduisit sur une tumeur arrondie dont le pourtour était constitué par l'épiploon violacé, verdâtre par places, avec des plaques puriformes. Il recouvrait et entourait une appendice couché en travers sur l'intestin grêle, entouré de pus et gangrené.

Ces foyers de péritonite localisée peuvent se constituer en un point de l'abdomen très éloigné de la fosse iliaque droite, et nous n'aurions garde d'omettre la place prépondérante qui revient à l'appendicite mésocœliaque dans les observations publiées sous le nom d'appendicite à gauche. Il est en effet bien démontré aujourd'hui que les cas d'inversion viscérale sont tout à fait exceptionnels. Il suffit pour expliquer la douleur initiale à gauche d'un cœcum déplacé vers la ligne médiane et d'un appendice très long, notre observation III (D^r R.-Ch. Monod) est à ce point de vue caractéristique.

Les abcès pariétaux sont peut-être la marque la plus originale de l'appendicite mésocœliaque. On comprend qu'ils aient le plus dérouté les premiers observateurs. Il n'est pas sans intérêt de rappeler que l'une des plus anciennes observations connues d'appendicite, celle de Métivier (1759), concerne justement un abcès rétro-abdominal. Les exemples d'abcès pariétaux ne sont pas rares; ces abcès se développent dans l'épaisseur même de la paroi dissociant les muscles de l'abdomen. Tels sont les cas de Tuffier, Gérard-Marchand, Bérard. Dans l'observation de Tuffier, l'abcès siégeait dans la gaine aponévrotique au milieu de la région sus et sous-ombilicale. Dans celle de Gérard-Marchand, au-dessous de l'aponévrose du grand oblique existait une altération inflammatoire des muscles petit oblique et transverse et un peu plus profondément un foyer purulent circonscrit par une membrane fongueuse épaisse reposant sur le péritoine et conte-

nant environ 60 gr. de pus très épais. Dans un cas semblable, Bérard par laparotomie médiane sous-ombilicale trouva une masse pelvienne constituée par le cœcum et la fin de l'iléon accolés aux annexes droits et agglutinés autour d'un appendice mésocœliaque plongeant en bas et en dedans au niveau des anses grêles. L'appendice extirpé, on constate l'existence d'une masse inflammatoire accolée au péritoine pariétal au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure par des membranes fibrineuses teintées en jaune comme s'il y avait eu là récemment des traînées purulentes. Bérard ferma aussitôt la laparotomie médiane et fit dans la fosse iliaque une incision qui donna issue à une collection fétide située dans l'aponévrose superficielle, en plein muscle, sans communication avec la zone péritonéale enflammée.

Les abcès de la cavité de Retzius d'origine appendiculaire mérite une mention spéciale en ce qu'ils donnent l'illusion d'une vessie distendue. Le chirurgien prend d'autant plus facilement le change que les accidents de dysurie sont la règle dans ces formes anormales d'appendicite. L'observation de Tuffier est à cet égard très caractéristique. Nous la reproduisons plus loin dans notre thèse (page 23).

B. — Appendicite mésocœliaque rétro-iléale.

C'est cette forme que relate notre observation n° 1 (Dr R.-Ch. Monod). C'est, d'après nos recherches, la

forme qui nous paraît la plus rare, mais aussi la plus grave. L'appendice passait derrière le cœcum et l'iléon et remontait sous le péritoine jusque dans la région pancréatique. Dans la grande cavité péritoniale entièrement libre d'adhérence, le colon et le méso-colon soulevés, l'abcès se présentait comme un gros kyste et on crut un instant être en présence d'un kyste du pancréas.

Les deux observations de Mirizzi, rapportées par M. Mocquot à la Société de Chirurgie sont très comparables. Dans ces deux cas, comme dans celui de M. R.-Ch. Monod, la grande cavité péritoniale était libre de toute adhérence.

Appendicite rétro-iléale aussi, le cas de Kirmisson où à l'autopsie on constate que le cœcum était profondément appliqué dans la région du flanc droit et que de sa face postéro-interne partait un appendice remontant derrière la terminaison de l'iléon et décrivant une anse très large à concavité inférieure. Cet appendice se prolongeait par sa pointe jusque sur la face profonde du mésentère. Dans cette observation de Kirmisson, l'appendice rétro-iléal n'avait pas donné naissance à un abcès, mais l'enfant de 10 ans avait été opéré par des signes nets d'occlusion avec péristaltisme des anses visibles à travers la paroi.

III

ETUDE CLINIQUE

Aux formes anatomiques que nous venons d'étudier correspondent des tableaux cliniques différents, tantôt clairs, tantôt assez obscurs pour rendre le diagnostic sinon impossible du moins malaisé.

Les cas comme ceux de Routier et de Bonnet étaient cliniquement parfaitement clairs et ne furent difficiles que pour l'opérateur. Bonnet opérant une appendicite eut la surprise de ne trouver l'appendice nulle part. Ce n'est qu'après décollement colo-pariétal poussé jusque derrière l'iléon qu'il put découvrir l'appendice inclus dans la terminaison du mésentère. Routier dut lui aussi extérioriser l'angle iléo-cœcal et ce n'est qu'après avoir renversé cet angle en haut qu'il put voir l'appendice maintenu et englobé entre les deux feuillets du mésentère. Pour l'avoir, il dût fendre le feuillet du mésentère qui le recouvrait.

L'origine appendiculaire des abcès antérieurs, rétro-ombilicaux ou de la cavité de Retzius est aujourd'hui bien connue, mais le mérite de Schwartz, en 1894, fut grand, de poser le diagnostic avant l'intervention. Voici cette intéressante observation : Il s'agissait d'un jeune homme de 20 ans, qui à l'âge de 10 ans

avait été pris subitement de violentes douleurs abdominales avec vomissements, ballonnements, fièvre intense, tous symptômes qui firent croire à une péritonite. Un mois plus tard, se forma un énorme abcès de la région sous-ombilicale qui peu à peu vint proéminer au niveau de la ligne blanche et fut ouvert d'un coup de bistouri. L'abcès mit près d'un an à se fermer, puis pendant 6 ans consécutifs, la santé resta excellente. Puis nouvel abcès qui s'ouvre spontanément et évolue en 6 mois. Trois ans plus tard, nouvelle crise douloureuse, nouvel abcès, même évolution. C'est alors que Schwartz vit le malade effrayé de la répétition de ces abcès à quelques années d'intervalle et souhaitant une guérison définitive. L'opération pratiquée à froid montra une appendice perdue au milieu de franges épiploïques adhérentes.

Schwartz eut au moins pour étayer son diagnostic la notion de crises péritonéales manifestes, mais il ne faudrait pas croire qu'il en soit toujours ainsi; témoin l'observation de Gayet (Soc. de Chir. de Lyon, 1912), dont le malade avait souffert de crises de sub-occlusion qui lui fit penser à l'existence d'une tuberculose entéro-péritonéale. Il fit une laparotomie médiane, pensant aller couper une bride de péritonite tuberculeuse et trouva un appendice adhérent à la paroi abdominale.

Fischer rapporte l'observation d'une femme de 27 ans qui entra à la clinique de Breslau pour une fistule stercorale siégeant au-dessous de l'ombilic, à droite de la ligne médiane. Elle avait eu dix mois

auparavant une crise douloureuse très violente. Au bout de six semaines, un abcès s'était formé qui s'ouvrit spontanément en donnant issue à du pus et à des matières fécales.

En incisant couche par couche, jusque dans la cavité, on y trouve l'appendice perforé qui peut être réséqué.

Lorsque l'abcès se développe dans la cavité de Retzius comme dans les faits cités par Schwartz, par Tuffier, il donne l'illusion d'une vessie distendue, d'autant plus qu'il existe constamment du tenesme et de la dysurie. Voici l'observation de Tuffier (clinique de l'hôpital Beaujon, 1894) :

« Jeune homme de 17 ans qui avait eu en 1891 et 1892 deux crises douloureuses; nouvelle crise en 1893, mais mieux localisée à la fosse iliaque droite. A son entrée, faciès péritonial, langue saburrale. Température 38°5, ventre plat et souple à sa partie supérieure, mais présentant une tumeur arrondie exactement médiane, remontant à deux travers de doigt en dessous de l'ombilic et s'étendant latéralement jusqu'aux limites des muscles droits pour se perdre en bas derrière le pelvis; apparence de vessie distendue ».

Opération : collection purulente de l'espace prévésical avec prolongement vers la fosse iliaque droite. Le surlendemain écoulement de matières stercorales. Une fistule persistante « mène le 25 décembre sur l'appendice qu'on résèque ».

Certains abcès mésocœliques peuvent acquérir un volume considérable et faire croire à une tumeur.

Notre observation IV en offre un exemple saisissant (D^r R.-Ch. Monod). Il s'agissait d'une malade de 37 ans. Début brutal par quelques vomissements, malaise général et ictère, on pense à une intoxication alimentaire et le médecin appelé donne un pronostic favorable. L'ictère disparaît au bout de 12 jours. Puis deux semaines après ce début brutal la malade ressent de violentes douleurs abdominales et expulse une môle vésiculaire. Le soir : température 39°, la malade se plaint de sa région sous-ombilicale. Etat général altéré.

A la palpation de l'abdomen, on sent une grosse masse régulière, lisse, mate à la percussion, remontant jusqu'à l'ombilic, semblant bilobée, plus développée à droite qu'à gauche et paraissant descendre vers le petit bassin. Cette tumeur avait une résistance assez tendue et était légèrement douloureuse à la palpation. Pas de défense musculaire. Au toucher, col gros, déchiré; le cul de sac postérieur est libre. Température oscillante : 39°-37°8.

On pense à une double lésion annexielle à la suite d'un rôle vésiculaire.

Les difficultés de diagnostic ne tiennent pas uniquement au siège anormal de l'abcès. La présence de gaz dans la poche absédée est par elle une source d'erreur.

M. Mocquot (1) a justement attiré l'attention sur les

(1) M. Mocquot : Les abcès de l'abdomen, *Bulletin médical* du 5 mars 1932, page 167.

erreurs de diagnostic auxquelles pourraient donner lieu les abcès gazeux de l'abdomen. C'est une erreur de croire que l'abcès gazeux soit l'apanage du classique pyo-pneumothorax sous-phrénique. Dans l'article auquel nous venons de faire allusion M. Mocquot apporte une série d'observations d'abcès franchement abdominaux et même pelviens à contenu gazeux. Les difficultés du diagnostic sont grandes mais non insurmontables.

« Ce qui rend ce diagnostic délicat, écrit M. Mocquot, c'est qu'avec une histoire clinique et des symptômes généraux qui font penser à un processus inflammatoire, à une réaction péritonéale localisée, on ne trouve aucun des signes physiques par lesquels se manifestent d'ordinaire les abcès localisés de l'abdomen, les péritonites circonscrites ».

Le symptôme le plus trompeur de tous, c'est qu'au niveau du point où siège la douleur on ne trouve pas de matité mais de la sonorité. Lorsque comme dans notre observation I (D^r R.-Ch. Monod), l'abcès forme une poche bien limitée, la sonorité fait aussitôt penser à une anse intestinale distendue. Le diagnostic d'occlusion peut cependant être écarté à cause de l'élévation thermique.

Deux examens complémentaires prennent une réelle valeur à l'examen de sang (numération globulaire) et l'examen radiologique. Chez une malade atteinte d'abcès multiples de l'abdomen à la suite d'une appendicite suppurée, Lauret et Wester-

broon (1) ont à plusieurs reprises reconnu le siège des abcès par la radiographie : une jeune fille de 15 ans est atteinte de péritonite diffuse purulente à la suite d'une appendicite ; au bout de quelques jours, les symptômes s'amendent ; le processus paraît se localiser ; le ventre était légèrement ballonné avec un endolorissement diffus, par la palpation on ne percevait aucune résistance.

La température s'abaisse mais commence à remonter au neuvième jour, la diarrhée apparaît, l'état général s'aggrave, la leucocytose est élevée, on fait un examen radiologique qui montre avec précision un foyer purulent dans le flanc gauche et permet d'en préciser la situation : l'incision pratiquée donne issue à 150 cm³ de pus épais. Mais l'amélioration n'est que passagère, la température remonte, la diarrhée persiste, un ténesme vésical violent apparaît. Le nombre des leucocytes s'accroît. Le toucher rectal laisse supposer une collection sans qu'il y ait de résistance nette : l'examen radiologique montre un abcès gazeux à la partie supérieure du bassin et une autre collection au-dessus de l'ancienne incision : aux deux endroits on trouve du pus et dans l'abcès situé au-dessus de la symphyse, des gaz fétides sous pression. Une fistule intestinale se produit mais de nouveau l'état s'aggrave, la partie supérieure de l'abdomen est fortement ballonnée et tympanique, la matité hépatique a

(1) Lauret et Westerbroon : « Contribution au radio-diagnostic des collections purulentes intra-abdominales enkystées ». *Archiv. f. Klin. Chir.*, t. CXLVII, 15 oct. 1927, p. 593.

disparu ; cette fois, l'examen radiologique montre une grande quantité de gaz libres à la partie supérieure de l'abdomen et l'incision de l'épigastre donne issue à des gaz inodores.

Après quinze jours d'amélioration, nouvelle aggravation, ce n'est qu'après incision d'un autre petit abcès et ouverture spontanée d'un abcès gazeux plus volumineux de la fosse iliaque gauche, décelé à l'examen radiologique que se manifeste une amélioration définitive ».

FORME OCCLUSIVE

Cette forme clinique de l'appendicite mésocœliaque est la mieux connue. L'occlusion est ici évidente, masquant l'appendicite. Notre observation III est un exemple frappant (D^r R.-Ch. Monod). Le début des accidents remontait à 36 heures et avait été marqué par une douleur vive et soudaine dans la fosse iliaque gauche. Un interrogatoire minutieux révélait que dans le passé le malade avait eu de temps à autre de petites crises abdominales douloureuses baptisées entérite. Le jour de l'examen, le ventre était uniformément météorisé, la température 38°, le pouls 80.

La question angoissante qui se pose ici est la suivante : s'agit-il d'une occlusion mécanique ou paralytique ? Seule l'analyse minutieuse des symptômes peut nous orienter dans la bonne voie.

La douleur brusque marquant le début d'une occlusion mécanique n'est pas un signe habituel. L'évo-

lution trop souvent sournoise de l'occlusion mécanique n'est pas son moindre danger. Le syndrome d'alarme de l'occlusion comme l'a si bien écrit Métivet est constitué par des « coliques » se localisant en un point fixe augmentant d'intensité puis disparaissant et se renouvelant avec des caractères identiques après une période de calme relatif de quelques minutes.

Ici rien de semblable. Douleur intense à son début puis allant en s'atténuant. Le ventre se ballonne très vite en l'espace d'une nuit, sans reprise des douleurs, sans coliques. L'ascension thermique légère au début mais indiscutable s'affirme à 38° plaide contre l'occlusion.

L'occlusion mécanique, au moins dans les premières heures ne donne pas d'élévation thermique, on ne saurait y insister avec trop de force.

Un dernier signe est significatif : les petites crises douloureuses abdominales dans le passé mises sur le compte de l'entérite et en réalité sûrement appendiculaires. L'appendicite, écrit le professeur Broca, est une affection chronique à épisodes aigus, et Broca enseignait que jamais une crise aiguë grave ne survenait qui n'ait été précédée de petites poussées douloureuses négligées.

La localisation de la douleur à gauche ne doit pas suffire à nous dérouter. Si sous cette appellation, nous comprenons, non les faits rarissimes d'inversion des viscères mais bien ceux où les symptômes sont strictement localisés dans la fosse iliaque gauche, on s'aperçoit que l'appendicite à gauche est beaucoup moins rare qu'on ne serait enclin à le penser.

IV

TRAITEMENT

Le traitement de l'appendicite mésocœliaque ne peut être envisagé en bloc. Le problème est différent suivant la forme anatomique, suivant la localisation en foyer. Lorsque, intervenant pour appendicite, le chirurgien n'a d'autre surprise de constater que l'appendice passe devant ou derrière l'iléon, les difficultés opératoires ne sont jamais considérables. Tout au plus est-il plus commode et plus sage de pratiquer une appendicectomie rétrograde. L'appendice n'est-il pas visible comme dans le cas de Bonnet rapporté par Michaux (1); nous savons tous aujourd'hui que le décollement cœco-pariétal permettant d'extérioriser l'angle iléo-cœcal nous conduit fatalement au but. Retenons que dans un cas, Routier (2) après extériorisation de l'angle ne put libérer l'appendice que par une incision du feuillet en mésentère.

Les difficultés vraies commencent avec les abcès mésocœliaques. Tantôt ils sont faciles à aborder mais

(1) Appendice inclus dans la terminaison du mésentère, par le D^r Bonnet. Rapport de M. Michaux : *Soc. de Chir.*, 1907, p. 53.

(2) Appendice inclus dans le mésentère. Routier : *Soc. de Chir.*, 1904, p. 377.

nous barrent la route vers l'appendice; tantôt, on hésite à les atteindre par crainte d'infecter le péritoine.

Gérard-Marchand ne manqua pas d'audace le jour où, après avoir incisé une collection de pus entre le péritoine et les muscles, il ouvrit délibérément le péritoine pour aller à la recherche de l'appendice.

De nos jours, beaucoup de chirurgiens hésiteraient à imiter cette conduite. Mieux vaut attendre et remettre plus tard l'appendicectomie. C'est la conduite suivie par le Dr R.-Ch. Monod dans l'observation II.

Lorsque l'abcès est plus profondément situé, il importe à ne pas infecter la grande séreuse et d'aller à l'abcès par le plus court chemin, aussi doit-on étudier avec soin avant l'intervention la situation et les limites de cet abcès et ne pas omettre de pratiquer le toucher rectal.

Même avec une collection développée en plein ventre on peut avoir la bonne surprise de sentir la paroi antérieure du rectum bomber sous le doigt et s'offrir à l'opérateur. Car il n'y a aucun doute que le drainage par le rectum, n'offre que des avantages.

Jaboulay, le premier à Lyon et Broca à Paris, se sont faits dès 1902 les défenseurs de l'incision et du drainage par cette voie dont Bérard et Patel ont montré en 1905 la constante inocuité.

Il peut arriver qu'ayant préalablement ouvert le péritoine, on constate comme dans l'observation de Ingelrans et Minne (1) que la grande cavité étant li-

(1) Ingelrans et Minne : Abcès mésocélique d'origine appendiculaire, *Nord Médical* du 1^{er} janvier 1930, p. 17.

bre, la collection sous-jacente aux anses grêles se prolonge vers la fosse iliaque gauche et le promontoire. Les auteurs n'insistèrent pas, ayant fermé le ventre, incisèrent l'abcès par le rectum.

Les abcès mésocœliaques les plus fréquents, collectés entre l'ombilic et le pelvis au milieu des anses grêles sont inabordables sans danger par l'incision classique de Mac Burney. Comme l'a très bien écrit Michel Béchét et Montagnier : « Une seule voie se présente, c'est l'abord par le décollement du péritoine pariétal postérieur de bas en haut ». C'est la voie précoinsée par Orthner : Incision curviligne sus-inguinale et sus-pubienne, section du grand oblique, du petit oblique et du transverse, et aussi d'une partie du muscle grand droit. Il faut décoller le péritoine comme dans la ligature de l'artère iliaque externe, mais en remontant plus haut et aussi plus en dedans; on sectionne ainsi doucement et progressivement le cul-de-sac péritonéal jusqu'à l'abcès qui est effondré au doigt.

Cette technique est certainement la meilleure et la moins dangereuse mais il n'est pas certain qu'elle soit toujours possible. Lorsque, comme dans nos observations I et II, le chirurgien ayant ouvert la grande cavité péritoniale, découvre l'abcès, que doit-il faire?

Nul doute que le mieux soit de refermer la grande cavité et, par voie sous-péritoniale en décollant le colon ascendant, atteindre progressivement la poche de l'abcès. Pour réaliser ce programme, une incision très externe est sûrement meilleure que celle de Jalaguier

sur le bord externe du droit ainsi que le faisait observer M. Mocquot à la Société de Chirurgie à propos de l'observation de Mirizzi (1).

L'ouverture par voie sous-péritoniale a été pratiquée par M. R.-Ch. Monod dans l'observation II et le malade a guéri. Dans notre observation I et dans la première de Mirizzi où l'on s'est contenté avant d'ouvrir l'abcès de protéger la grande cavité avec de grandes compresses, les malades sont morts. Il ne paraît pas douteux que les compresses dans ces cas n'ont pas suffi à protéger efficacement le péritoine.

Si pourtant l'abcès paraît trop loin pour être abordé par voie sous-péritonéale, si surtout on redoute dans la manœuvre de décollement de voir l'abcès s'ouvrir dans la grande cavité, on pourrait peut-être, comme l'a fait Mirizzi dans sa seconde observation, imiter la conduite préconisée autrefois par le Professeur Quénu et établir un « drainage d'appel » : Provoquer d'abord des adhérences en plaçant dans la cavité péritonéale tout autour de l'abcès de grandes compresses, puis n'ouvrir l'abcès que 48 heures après, lorsqu'une barrière efficace d'adhérences a eu le temps de se produire.

FORME OCCLUSIVE

L'appendicite mésocœliaque opérée en état d'occlusion met le chirurgien en présence d'un difficile problème thérapeutique.

(1) Sur deux cas d'abcès mésocœliaques, par M. Mirizzi. Rapport de M. P. Mocquot. *Soc. de Chir.*, 1928, p. 1179.

Lorsqu'un clinicien avisé a su découvrir l'appendicite masquée derrière une occlusion menaçante, que doit-il faire? Comment et par quelle voie aborder l'appendice. Le cœcum est bien dans la fosse iliaque droite mais l'appendice peut avoir sa pointe dans la fosse iliaque gauche.

La voie médiane n'assure-t-elle pas plus de liberté et d'aisance aux manœuvres opératoires. La question paraît difficile à trancher. Dans l'observation III, le Dr R.-Ch. Monod opéra par voie médiane. Le ballonnement était considérable et on ne peut éviter une éviscération importante, on dût faire de multiples fonctions du grêle avant de pouvoir trouver un chemin jusqu'à l'appendice. Celui-ci découvert, complètement gangrené, l'extirpation fut relativement facile, sûrement plus facile que par laparotomie latérale. Cependant l'opération terminée, le Dr Monod regretta d'avoir passé par voie médiane et le cas échéant ferait une incision dans la fosse iliaque droite avec l'espoir d'atteindre l'appendice sans éviscération notable.

A supposer la mauvaise chance de ne pas réussir à découvrir l'appendice et à l'exterioriser par cette voie, il serait préférable tout de même de commencer par là, quitte à se reporter en cours de route sur la ligne médiane en cas d'absolue nécessité.

Enfin il est un point de technique qui paraît être la seule chance du salut dans les formes occlusives, les plus graves sans contester : c'est de terminer l'opération par une fistulisation du grêle. L'opération terminée, une anse intestinale est largement extériorisée,

une ponction est faite au bistouri et une sonde de Nélaton; introduite dans la cavité intestinale, puis la sonde est enfoncée par un surjet à la manière de Witzel. Si le malade guérit, nul doute qu'il ne le doive à cette fistulisation qui assure pendant quelques jours le drainage externe d'un contenu intestinal hautement septique. La sonde retirée, la fistule se ferme toute seule et l'anse rentre dans le ventre spontanément par la seule force de rétraction ou mésentère.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (D^r R.-Ch. Monod)

Abcès gazeux sous-péritonéal d'origine appendiculaire

Un garçon de 11 ans est pris subitement le 29 décembre 1931 de douleurs dans le ventre avec vomissements et diarrhée (7 selles dans les 24 heures). Le médecin appelé pense à une appendicite mais ne trouve ni contracture, ni même de défense musculaire. La palpation de tout le ventre est modérément douloureuse avec prédominance au creux épigastrique et autour de l'ombilic. La fosse iliaque droite est souple et indolore, température 38°2.

Le lendemain et les jours suivants, les symptômes s'apaisent et le 2 janvier, l'enfant se lève dans le courant de la journée mais le 3 les douleurs reprennent et le 4 le médecin est de nouveau appelé. La température ne dépasse toujours pas 38°. Le 6 janvier, la situation s'aggrave brusquement. La température monte le soir à 39°5 et les douleurs deviennent atroces. Dans la nuit elles ne cessent pas et ne laissent à l'enfant

aucun repos. Le Docteur Monod voit le malade le 7 janvier dans l'après-midi : l'enfant est couché sur le dos, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin, les genoux ramenés à la hauteur du menton; il gémit sans arrêt et par moments pousse un cri plus violent qui paraît lui être arraché par un paroxysme douloureux. Température 37, pouls 90. Le ventre est souple partout, sauf au niveau du creux épigastrique où il existe une contracture nette. La douleur empêche toute palpation à ce niveau. Le malade est transporté à la maison de santé.

A 18 heures, l'enfant est beaucoup plus calme et ne paraît plus souffrir. La contracture persiste cependant au niveau du creux épigastrique et toute la région péri-ombilicale est encore douloureuse au palper. De plus, on voit avec netteté se dessiner à droite de l'ombilic, sous le grand droit, une voussure saillante, sonore et qui paraît par instants changer de volume. On pense aussitôt qu'il s'agit d'une anse intestinale distendue et le Dr Monod songe à une invagination intestinale tout en faisant des réserves pour une forme anormale d'appendicite. Il faut noter que l'enfant a eu une selle deux jours avant et n'a pas cessé depuis de rendre des gaz par l'anus.

L'opération est pratiquée à 21 heures. Incision sur le bord externe du droit : le ventre ouvert, on découvre tout de suite une volumineuse tumeur rétro-péritonéale, haut située dans la région pancréatique. On se demande d'abord s'il ne s'agit pas d'un kyste du pancréas. La ponction donne issue à des gaz : on

craint un instant d'avoir ponctionné une anse intestinale. On se porte alors vers le cœcum et l'on trouve sans peine l'angle iléo-coecal mais on ne voit pas l'appendice. On en conclut aussitôt que l'appendice est rétro-coecal et que la tumeur sous-péritonéale est un abcès appendiculaire. Après avoir protégé la grande cavité péritonéale libre de toute adhérence, on plonge un trocart dans la poche d'où il s'écoule une grande quantité de pus et de gaz. Un drain est placé dans la cavité de l'abcès, des mèches tout autour.

Le lendemain matin, température à 38°. Pouls à 100, bien frappé; miction spontanée. L'impression est favorable mais vers le soir, le pouls s'accélère et 48 heures après, l'enfant succombe avec tous les signes d'une intoxication aiguë.

OBSERVATION II (D^r R.-Ch. Monod)

Abcès mésocœliaque

C., 5 ans; sans antécédent pathologique. Se plaint le 14 octobre 1932 de douleurs dans le ventre s'accompagnant de vomissements et d'une diarrhée séreuse abondante. Le médecin appelé trouve le ventre souple sans aucun point douloureux localisé. Température 38°1 le matin, 38°9 le soir, bon pouls, bon état général, quelques râles de congestion aux bases. La température monte à 40° le lendemain soir pour redescendre ensuite progressivement. Le 17, 37°5 le ma-

tin, 38° le soir. Le 19, 37°6 le matin, 37°8 le soir. Le médecin qui suit l'enfant trouve toujours le ventre parfaitement souple sans aucun point douloureux. Le 22, la température remonte 38°5 le matin, 39° le soir. Le Docteur Monod voit la petite malade le 23 et apprend de plus que de temps à autre depuis plusieurs jours l'enfant pousse un cri en montrant son ombilic puis redevient calme et ne se plaint plus pendant plusieurs heures. Il existe ce jour là une résistance très manifeste dans l'hypocondre droit sans que la palpation ne réveille du reste aucune douleur bien vive. Le Docteur Monod pose cependant le diagnostic d'appendicite mésocœliaque et opère aussitôt.

Opération le 23 octobre 32. Incision sur le bord externe du droit. Le ventre ouvert, on voit en dedans du colon transverse, soulevant le péritoine, une grosse tuméfaction qui est sûrement un abcès d'origine appendiculaire. Le péritoine est refermé aussitôt dans toute la partie supérieure de l'incision. Après avoir glissé devant le colon ascendant deux petits champs, incision du péritoine le long du bord externe du colon ascendant, puis on décolle doucement l'intestin de la paroi. On arrive ainsi progressivement vers l'abcès dans lequel le doigt pénètre sans peine en ouvrant par voie rétro-péritonéale une grosse collection fétide.

Les suites sont simples ; la suppuration est très abondante les premiers jours puis diminue progressivement. L'enfant rentre chez elle trois semaines après.

L'appendice a été enlevé 6 mois après et l'enfant est maintenant définitivement guérie.

OBSERVATION III (D^r R.-Ch. Monod)

Forme occlusive

B., 58 ans. Le malade est amené le 22 juillet 1932 à la clinique parce qu'il a été pris brusquement 36 heures auparavant d'une douleur violente dans la fosse iliaque gauche. Le médecin appelé aussitôt trouve un ventre parfaitement souple, un état général non alarmant; pouls 70; température à 37°7. Le lendemain, la douleur persiste mais très atténuée; pas de vomissement mais il n'est évacué ni selle ni gaz et, le soir, le ventre est légèrement ballonné. Le 22 juillet, le médecin inquiet de l'absence des gaz et de la présence du ballonnement du ventre, juge nécessaire un secours chirurgical et appelle le Docteur R.-Ch. Monod.

On est en présence d'un malade de 58 ans, corpulent; le ventre est uniformément ballonné mais souple sauf au niveau de la fosse iliaque gauche où la défense musculaire est manifeste. De plus, par un interrogatoire très attentif on apprend que des « coliques intestinales » plus ou moins violentes se sont manifestées dans le passé. La température au moment de cet examen est de 38°. Le pouls est à 80 bien frappé. A cause de la brusquerie du début, de la légère élévation thermique, des petites coliques du passé et malgré les signes à gauche, le Docteur Monod pense à une appendicite aiguë et conseille l'intervention immédiate.

Opération : le ventre ouvert, l'intestin très distendu menace de faire irruption hors du ventre et on est obligé de pratiquer plusieurs ponctions du grêle. Dès que l'intestin est assez affaissé pour permettre une exploration, on se dirige vers la fosse iliaque droite et on constate que la terminaison du grêle est parsemée de fausses membranes. L'appendice très volumineux est gangrené et accolé contre la dernière anse iliale; il est très long et sa pointe dépasse à gauche la ligne médiane. On enlève l'appendice et on termine par la mise en place d'un Mikulicz et la fistulisation du grêle. Suture en un seul plan. Décédé la nuit suivante dans le collapsus.

OBSERVATION IV (D^r R.-Ch. Monod)

Abcès mésocœliaque

Mme G., 37 ans, caissière, est hospitalisée le 29 février 32 pour douleurs abdominales et pour état fébrile prolongé.

Jusqu'au 6 février 32, elle a joui d'une santé toujours parfaite. Elle est mère de 2 enfants, l'un âgé de 13 ans (accouchement normal), l'autre âgé de 5 ans (forceps déchirure du col et infection sévère du post-partum). Ses dernières règles normales datent de novembre 1930. En décembre 30 : arrêt total des règles. Depuis ce moment, elle aura une perte sanguine peu abondante en mars 31 et c'est tout.

Examinée pour aménorrhée on ne trouve aucun signe justifiant l'hypothèse d'une gestation mais seulement les reliquats d'une déchirure cervicale.

Le 6 février 1932, commence très brusquement l'affection pour laquelle elle est actuellement hospitalisée. Le début se fit par quelques vomissements, par un état de malaise général sans douleurs vraies et surtout par un ictère d'apparition soudaine, ictère franc atteignant la totalité des téguments et des muqueuses et s'accompagnant les premiers jours de décoloration des selles. Un médecin consulté porte le diagnostic d'intoxication d'origine alimentaire et donne un pronostic favorable étant donné l'absence de gros foie, l'absence de diarrhée et l'apyrexie absolue. Cet ictère diminue progressivement et cesse spontanément au bout de 12 jours.

Le 20 février, la malade se croyait en voie de guérison lorsqu'elle est prise brutalement de douleurs pelviennes à type de coliques expulsives comparables, dit-elle, aux douleurs qu'elle ressentit au moment de son accouchement. Elle a quelques pertes sanglantes par le vagin et expulse 24 heures plus tard un œuf gros comme un poing qui est confié à un laboratoire aux fins d'examen histologique. La réponse est la suivante : « môle vésiculaire » sans qu'il soit, paraît-il, fourni de renseignement sur son encapsulement.

Le soir de cette expulsion présumée molaire, elle est plus fatiguée que de coutume, n'a plus aucune perte sanglante mais se plaint de la région sous-ombilicale et sa température monte à 39°. Depuis ce moment

jusqu'à son hospitalisation, elle reste fébrile (fièvre irrégulière montant à 39°, descendant parfois à 37°8). Peu de douleurs, pas de vomissements, pas de signes intestinaux mais un état général chaque jour plus altéré.

EXAMEN

L'état général de cette malade est manifestement touché. Elle est pâle, la langue est sèche, les lèvres fuligineuses. Il existe un météorisme abdominal léger et régulier; de nombreuses vergetures sillonnent la peau de l'abdomen. L'abdomen respire normalement. Il n'y a pas de défense musculaire. On sent très facilement une grosse masse régulière, lisse, mate, remontant jusqu'à l'ombilic, semblant bilobée, plus développée à droite qu'à gauche et paraissant descendre vers le petit bassin. Sa consistance est tendue, fluctuante même. Elle est légèrement douloureuse.

Au toucher vaginal, le col utérin est gros et déchiré. On perçoit par le palper et le toucher combinés une grosse tumeur abdominale dont il est impossible de déterminer les connexions avec l'utérus qu'on ne sent pas. Le cul-de-sac postérieur est libre.

L'ensemble des éléments fournis par l'histoire de la maladie et par l'examen somatique de la malade plaide en faveur d'une môle toxique dont l'expulsion s'est rapidement accompagnée d'une doublée lésion annexielle.

Opération le 2 mars 32 : laparotomie médiane, on

tombe sur des adhérences nombreuses et pour ouvrir la cavité péritonéale, on est obligé de remonter au-dessus de l'ombilic. On se rend compte alors qu'il s'agit d'un abcès. On referme soigneusement le péritoine et l'on ouvre ensuite par voie sous-péritonéale un très gros abcès putride; on draine ainsi une vaste cavité qui paraît siéger au milieu des anses intestinales et d'où s'écoule un pus d'odeur fécaloïde.

OBSERVATION V (Von Meyer Klin chir 1902, t. XXXIV,
p. 85, résumée in Lejars. *Semaine Médicale*,
28 février 1906)

Forme occlusive

Une fillette de 12 ans est prise de douleurs abdominales brusques et de vomissements. Le troisième jour, les matières vomies deviennent fécaloïdes; le météorisme est considérable. L'évacuation des selles et des gaz est complètement suspendue. On pense à un iléus. Pourtant, la température est de 38°5 et le pouls à 124. La région cœcale est particulièrement douloureuse. Von Meyer conclut à une appendicite perforante et à une péritonite. Il opère. Il trouve l'intestin grêle très distendu, le cœcum et le colon aplatis. L'appendice gros et enflammé, mais non perforé, est enroulé autour de la portion terminale de l'iléon et l'enserme comme d'une ligature. Après l'avoir libéré et enlevé,

il découvre sur l'intestin au point de constriction, une plaque circulaire de sphacèle de 3 millimètres de large. L'appendice contient six gros ascarides.

OBSERVATION VI (Gillespie, Bull. méd., 6 août 1912)

Forme occlusive

Un enfant de 10 ans, à la suite de douleurs péri-ombilicales très vives et de vomissements avait vu son ventre augmenter considérablement de volume et n'avait plus rendu ni matière, ni gaz. L'abdomen météorisé ne présentait pas de défense musculaire ni de douleur localisée à la palpation.

L'intervention montra l'existence d'une obstruction intestinale aiguë déterminée par un appendice enflammé. Malgré le dégagement de l'obstruction et l'appendicectomie, l'enfant succomba. Les symptômes concomitants d'appendicite étaient complètement masqués par ceux de l'occlusion intestinale.

OBSERVATION VII

Abcès mésocœliaque d'origine appendiculaire

(par P. Ingelrans et Minne. Nord Médical,
1^{er} janvier 1930)

Il s'agit d'une fillette de 7 ans entrée dans le Service chirurgical infantile le 21 décembre 1928 pour appendicite aiguë.

Dix jours auparavant elle avait présenté quelques coliques abdominales qui persistèrent cinq jours. Les parents, sans y prêter attention maintinrent l'enfant au lit mais continuèrent à l'alimenter. Ce n'est que devant la continuité des douleurs abdominales, l'apparition d'une contracture légère de l'abdomen et de vomissements survenus les jours suivants qu'ils se décidèrent à faire appel au médecin. Celui-ci nota l'existence de selles glaireuses et diagnostiqua une grippe intestinale.

Le lendemain et le surlendemain, les douleurs s'accusent et se localisent à la fosse iliaque droite; les vomissements persistent, la constipation s'installe, la température monte à 39°5. L'état général paraissant assez touché, le médecin de la famille conseille aux parents d'amener leur fillette à l'hôpital pour être opérée de l'appendicite.

Nous examinons l'enfant dès son entrée. Elle est bien constituée. Son état général est assez mauvais : les yeux sont excavés, les traits tirés, la langue nettement saburrale sèche, l'haleine très fétide.

Le ventre est généralement ballonné. Il n'existe pas de contracture. La paroi se laisse déprimer aisément.

La palpation paraît néanmoins douloureuse dans toute la moitié droite de l'abdomen qui se défend. Il n'y a cependant pas de siège électif de la douleur; sauf peut-être la région para-ombilicale droite. Pas de gargouillement cœcal; pas d'hyperesthésie cutanée; pas de gâteau péritonéal. La matité hépatique est normale. Les flancs sont sonores à la percussion. La tem-

pérature est de 38°5. Pouls à 106. En somme, il paraît s'agir d'une appendicite subaiguë, sans signes abdominaux nets évoluant depuis une dizaine de jours. L'indication opératoire ne paraît pas évidente, tant s'en faut.

On pratique avec précaution le toucher rectal qui devait d'ailleurs réserver quelques surprises : le Douglas, en effet, est tendu et douloureux. On perçoit au palper combiné une masse développée aussi bien à droite qu'à gauche, mais encore haut située.

La conclusion s'impose : il s'agit selon toute vraisemblance d'un abcès d'origine probablement appendiculaire, ayant évolué vers l'étage inférieur du ventre et le bassin. Tout porte à croire qu'il va progresser vers le rectum et permettre au drainage à la Pouchet ou même une simple incision rectale suivant la technique préconisée dès 1903 par les Lyonnais.

On décide donc d'attendre. L'enfant est maintenue à la diète stricte et une vessie de glace disposée sur le ventre.

Après quatre jours d'attente, la température s'est élevée à 39°. Les signes généraux n'ont toutefois rien d'alarmant.

Par contre, la palpation du ventre permet de localiser, cette fois une collection volumineuse de forme arrondie, remontant jusqu'au voisinage de l'ombilic, ressemblant en tous points à une vessie distendue. Cette masse est très douloureuse, surtout dans la fosse iliaque gauche dans laquelle elle semble fuser. Le toucher rectal, combiné au palper hypogastrique,

donne une fluctuation très nette, mais le pôle inférieur de l'abcès ne paraît pas avoir gagné vers le rectum et reste toujours à bout de doigt.

Contrairement à ce qu'on attendait de lui, l'abcès semble ainsi progresser vers le bas-ventre, le flanc gauche, la paroi même.

On décide donc d'intervenir prudemment par voie haute : sous-anesthésie générale, après incision de Javalaguié, nous trouvons un péritoine absolument libre dans la fosse iliaque droite. L'index explore facilement la cavité péritonéale. La collection est sous-jacente aux anses grêles et se prolonge vers la fosse iliaque gauche et le promontoire. Il s'agit donc d'une appendicite avec abcès mésocœliaque pour laquelle la laparotomie ne semble nullement indiquée.

On referme rapidement et l'enfant étant placée en position gynécologique, la dilatation anale est effectuée et maintenue au moyen de deux petites valves. Ceci permet d'accéder facilement au pôle inférieur de la collection. La simple introduction d'une pince de Kocher suffit à amener l'évacuation d'une notable quantité de pus verdâtre d'une fétidité extrême. On laisse en place un gros drain par lequel on injecte une ampoule de sérum antigangréneux. Le lendemain le pansement très souillé est renouvelé deux fois par jour. L'état général est bon. Le ventre reste ballonné mais l'enfant urine bien et sa température est descendue à 37°8.

Les 8 jours suivants l'état général demeure excellent. L'écoulement par le drain rectal diminue de jour

en jour. La température est subnormale. La masse abdominale cède lentement.

L'évolution se poursuit dans de bonnes conditions pendant la semaine suivante ainsi que le palper combiné au toucher permet de le constater.

Une poussée d'angine fait remonter pendant quelques jours la température puis tout rentre dans l'ordre.

La petite malade est renvoyée provisoirement dans sa famille en convalescence. Elle y reste six semaines et revient ensuite à l'hôpital pour y subir son appendicectomie.

L'examen pratiqué à son retour montre la disparition complète de la masse abdominale. Le ventre est souple. Aucun point douloureux. Excellent état général.

L'intervention pratiquée quelques jours plus tard montre un appendice en position latéro-cœcale interne, adhérent par sa pointe au péritoine postérieur et à la face postérieure du mésentère sous lequel il s'insinue. Bien que son ablation présentât quelques difficultés, elle est réalisée dans de bonnes conditions.

La malade est parfaitement guérie, est rentrée chez elle douze jours plus tard.

OBSERVATION VIII

Abcès mésocœliaque

(par M. P.-L. Mirizzi, *Soc. de Chir.* du 7 novembre 28,
p. 1179)

Un homme de quarante-cinq ans, agriculteur, entre à la clinique le 20 juillet 1927 : il a été pris vingt jours auparavant de douleurs intenses dans l'hypocondre droit avec des vomissements continuels pendant deux ou trois jours. Il présente de brusques accès de fièvre pendant lesquels la température monte à 39° ou 40°; matin et soir il a des frissons violents suivis de sueurs abondantes. Au septième jour, la douleur à l'hypocondre droit se calme et la souffrance se fait sentir plus bas dans la région appendiculaire.

A son entrée à l'hôpital le malade est dans un état très grave; il est prostré, présente de la cyanose des extrémités, un teint subictérique. Le foie est gros et dépasse de deux travers de doigt le rebord costal. Il existe une douleur nette au point cystique et à la partie antérieure du 7^e espace intercostal. Autour du point de Mac Burney, on trouve un plastron excessivement sensible et submat à la percussion. Hypéresthésie dans la région inguinale droite. Zone sonore entre le foie et le plastron.

L'examen du sang révèle 2.830.000 globules rouges

et 13.400 leucocytes le 22 juillet; deux jours plus tard, la leucocytose est de 35.400.

L'opération est pratiquée le 25 juillet sous-anesthésie rachidienne à la cocaïne.

Incision de Jalaguier : l'iléon adhère au cœcum et au colon ascendant, l'abcès est développé derrière le mésentère. On circonscrit un point du mésentère en isolant la grande cavité au moyen d'une couronne de gaze et après ponction on effondre avec un clamp le mésentère dans un espace avasculaire; issue de 250 gr. de pus fétide, on place un tube de caoutchouc avec une couronne de gaze dans la cavité de l'abcès et on remplace la couronne de gaze externe.

Dans les jours suivants, le drain donne issue à un pus noirâtre, fécaloïde; le quatrième jour, s'établit une fistule stercorale, mais à ce moment l'état s'aggrave, le subictère s'accroît ainsi que la prostration et le malade succombe le cinquième jour.

L'autopsie a permis de constater que la grande cavité péritonéale était libre de tout exsudat. L'abcès a été drainé à travers le mésentère de la dernière anse iléale, le cœcum était partiellement nécrosé vers la cavité de l'abcès. Les vaisseaux mésentériques étaient entourés de pus et thromboses jusqu'à la hauteur du colon transverse; il y avait à ce niveau 100 cc. de pus.

OBSERVATION IX

Abcès mésocœliaque

par P.-L. Mirizzi (*Soc. de Chir.* du 7 nov. 28, p. 1179).

Un homme qui a été soigné comme diabétique a présenté depuis deux ans des douleurs dans la fosse iliaque droite avec nausées à trois reprises différentes.

Le 6 janvier 1928 vive douleur dans la fosse iliaque droite et vomissements. Un purgatif rend les douleurs plus aiguës et la fièvre apparaît. Il entre à la clinique le 17 janvier 28, présentant un plastron au-dessous et à droite de l'ombilic avec hypéresthésie cutanée. Leucocytose de 15.300.

Le 24 janvier, on compte 20.000 globules blancs. Le plastron primitif a augmenté notablement sans arriver à se mettre en contact avec l'arcade crurale.

L'opération est décidée et pratiquée le même jour. Anesthésie à l'éther. Incision de Jalaguier. On décide de provoquer une péritonite plastique par un tamponnement : l'abcès est masqué par une anse intestinale et son mésentère.

Quarante-huit heures après, sous-anesthésie générale, l'index fraye doucement une voie jusqu'à la collection d'où sortent 50 cc. de pus fécaloïde. Le lendemain, l'état général est mauvais, le pouls fréquent, la langue sèche, mais dès le jour suivant l'amélioration est notable : la suppuration est abondante.

Deux jours après se déclare une parotidite qu'on est obligé d'inciser, puis la guérison se poursuit sans nouvel incident, et le malade sort de l'hôpital dans les premiers jours de mars 1928.

OBSERVATION X

Appendice inclus dans le mésentère, ablation, guérison.

par M. Routier (*Soc. de Chir.*, 13 avril 1904, p. 377)

Il s'agit d'une jeune femme qui fut amenée au cours d'une crise d'appendicite remontant à cinquante-huit heures environ. Son aspect général n'est pas mauvais; elle avait 38°7 dans le vagin et 128 pulsations; le point de Mac Burney très sensible, la défense musculaire très marquée et très étendue; comme elle était fort peu affirmative sur l'expulsion des gaz, craignant l'occlusion, je crus devoir intervenir de suite.

L'incision faite, il s'écoule un peu de liquide séreux et mon doigt sentit bien vite le point où devait être l'appendice; mais celui-ci ne put être saisi ni amené au dehors : je dus extraire tout l'angle iléo-cœcal et le renversant en haut je vis l'appendice maintenu et englobé entre les deux feuillets du mésentère. On voyait très bien sa coloration qui sur plusieurs points était inquiétante. Je dus pour avoir cet appendice

fendre le feuillet du mésentère qui le recouvrait, puis libérer l'appendice ; le reste de l'opération se fit comme de coutume, mais après section au thermo je crus prudent de refermer le méso et d'enfouir le moignon. Par prudence, je drainai et mis une mèche. Guérison.

CONCLUSIONS

A. L'appendice mésocœliaque, plus fréquente qu'on ne le pense, a une symptomatologie obscure.

I. La forme clinique la mieux connue est la forme occlusive. Les signes d'occlusion aiguë ne doivent pas faire méconnaître l'appendicite. Trois signes ont une importance capitale : le passé intestinal, le début brusque, l'élévation même minime de la température.

II. Mais cette forme n'est pas la seule. Nous nous sommes efforcés de mettre en relief :

1. L'abcès gazeux, sonore à la percussion, qui peut se développer en plein ventre derrière l'ombilic et être d'origine appendiculaire.

2. L'appendicite à gauche qui dans la grande majorité des cas peut être considéré comme une variété d'appendicite mésocœliaque.

B. Le pronostic est grave. Il ne peut être amélioré que par le traitement chirurgical immédiat, exécuté avec une technique précise.

Vu : *Le Doyen,*
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président de thèse,*
DEBRÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Le recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

ARNÉ. — « Occlusion intestinale au cours de l'appendicite ». *Thèse de Bordeaux*, 1908.

AROUD. — Contribution à l'étude de l'appendicite à gauche. *Thèse de Lyon*, 1899-1900.

BARBET. — « De quelques formes anormales d'appendicite avec abcès iliaque gauche ». *Thèse de Paris*, 1898.

BÉRARD et VIGNARD. — L'appendicite; étude clinique et critique. Masson et Cie, 1914.

BONNET. — Rapport Michaux, *Soc. de Chir.*, 16 janvier 1907, p. 53.

BROCA. — *Bull. méd.* 1901, n° 51, p. 589.

BURKHART. — Pathogénie de la localisation des symptômes du côté gauche dans l'appendicite. *Münch med. Wochensch.*, 11 déc. 1906.

FISCHER. — *Sonnenburg Klinische Vortrage*, n° 89, janvier 1894.

- FOLLIOT. — « Contribution à l'étude des occlusions intestinales de cause appendiculaire ». *Thèse de Bordeaux*, 1904-05.
- FOGES. — *Soc. império-royale de Vienne*, mars 1896.
- GAYET. — *Soc. de Chir. de Lyon*, 1912.
- GERSTER. — *New-York méd. Journal*, 5 juillet 1890, t. LII, p. 6.
- GÉRARD-MARCHAND. — *Bull. et Mém. de Soc. de Chir.*, 1895, p. 495.
- GILLESPIE. — *Bull. méd.*, 6 avril 1912.
- GROUERO. — Des occlusions intestinales appendiculaires. *Thèse Paris*, 1906.
- HACKEL. — « L'iléus dans l'appendicite ». *Deutsh Zeitsh.*, t. LXXXVII.
- INGELRANS et MINNE. — « Absès mésocœliaque d'origine appendiculaire ». *Nord méd.* 1^{er} janvier 1930, p. 17.
- JALAGUIER. — Article appendicite dans Duplay et Reclus. Masson et Cie, 1898, t. VII, p. 601.
- KIRMISSON. — « Variétés de siège de l'appendice, appendicite limitée aux replis du mésentère ». *Bull. méd.* 1904, n° 59, p. 689.
- LAMY. — « Occlusions intestinales mécaniques d'origine appendiculaire ». *Thèse Paris*, 1907-08.
- LECÈNE. — *Thérapeutique chir.* Masson et Cie, 1926.

LEJARS. — *Sem. Méd.*, 28 fév. 1906.

LOMBARD. — « Ouverture en deux temps des abcès appendiculaires mésocœliques ». *Algérie Médicale*, mai 1829.

LEGUEU — Développement et situation du cœcum chez l'enfant. — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, 1891.

MARION. — Appendicite et occlusion intestinale. *Gazette des Hôpitaux*, n° 154, 24 nov. 1900.

MÉNARD. — « Variétés anatomiques de l'appendice cœcal et leur influence sur la pathogénie de l'appendicite. *Thèse de Paris*, 1902.

MÉTIVIER. — *Journ. de Méd., Chir. et Pharmacie*, 1759.

R. MICHEL-BÉCHET et A. MONTAGNIER. — « A propos des abcès appendiculaires ». *Cahiers de pratique médico-chirurgicale*, n° 6, p. 340.

Ch. MONOD et VANVERTS. — « L'appendicite ». Masson et Cie, 1897.

MONDOR. — « Diagnostics urgents ». Masson et Cie, 1930, p. 149.

MIRIZZI. — « Sur deux cas d'abcès mésocœliques ». Rapport de P. Mocquot. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 17 nov. 1928, p. 1179.

VON MEYER. — *Klin. chir.*, 1902, t. XXXIV, p. 85.

MOCQUOT. — « Abcès gazeux de l'abdomen ». *Bull. Méd.*, 5 mars 1932, page 167.

PRARD. — *Revue Méd. de la Suisse Romande*, 1890.

QUÉNU et HERTZ-ROYER. — Anatomie du cœcum et de l'appendice. *Soc. anatom.*, 1904, 6^e série, t. VI, p. 777.

ROUTIER. — *Soc. de chir.*, 13 avril 1904, p. 377.

SCHWARTZ. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1894.

TERNET et VANVERTS. — « De la prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite ». *Gazette des Hôp.*, p. 274, 282, 306, 327, 1896.

TUFFIER. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1893.

VAUTRIN. — Des appendicites anormales. *Journal de Gynéc. et de Chir. abdom.*, 1898, t. II, p. 53.

VIGNAUD. — « L'appendicite dans ses rapports avec l'occlusion intestinale aiguë ou chronique ». *Thèse de Paris*, 1900.

VIGNARD. — « Appendicite à forme d'occlusion intestinale primitive ». *Société de Chir. de Lyon*, 25 février 1909.

Angers. — L'Imprimerie de l'Anjou, 21, Bd Gaston-Dumesnil.
